

# Clínica de la Familia: Un innovador Modelo de Negocio Dirigido a las Familias de Menores Recursos<sup>1</sup>

Silvia Bustamante<sup>2</sup>

Magister en Administración de Empresas de Salud, Escuela de Postgrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC, Lima, Perú)

## RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar un modelo de negocio rentable que contribuye a satisfacer las necesidades de mayor demanda, en materia de salud, entre la población de los sectores socioeconómicos C y D de la zona Lima Sur, y reducir la brecha oferta-demanda de servicios de salud del sector. Un factor de éxito es la oferta de servicios diferenciados basados en el Modelo de Salud Familiar, cuyo concepto constituye un componente fundamental de la estrategia de atención primaria de la salud, permite obtener resultados sostenibles de salud y es promovida por la Organización Mundial de la Salud. La proyección de la empresa, a largo plazo, es expandirse a nivel nacional conformando una red de establecimientos similares que contribuyan a fortalecer la base de la pirámide del sistema de salud desde el sector privado.

## PALABRAS CLAVE

---

<sup>1</sup> Adaptado de Bustamante, S., Rodríguez-Frías, U., Bernal, Ch. *Clínica de la Familia "MISALUD"* (2011). Tesis de maestría realizada en la Escuela de Postgrado de la Universidad de Ciencias Aplicadas para obtener el título de Magíster en Administración de Empresas de Salud

<sup>2</sup> Médico Cirujano, especialista en ginecología y obstetricia. Consultora en Políticas y Gestión de Servicios de Salud, docente en la Escuela de Postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el Programa de Maestría en Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud. Correo: sylbus9@gmail.com

Bustamante, S. (2013). Clínica de la Familia: Un Innovador Modelo de Negocio Dirigido a las Familias de Menores Recursos. *Sinergia e Innovación*, 1(1), 69-95.

Fecha de recepción: 08/04/13

Fecha de aceptación: 09/04/14

Modelo de negocio, modelo de salud familiar, empresa privada de salud, atención primaria de la salud.

## **Family Clinic: An innovative business model aimed at low-income families**

### **ABSTRACT**

This article presents a profitable business model that fulfills health needs among mid- to lower-income residents of southern Lima, Peru, as well as reduces the gap between the supply and demand for health services. One of the keys to the model's success is the delivery of different services based on the Family Health Model, a fundamental component of the primary health care strategy that makes it possible to obtain health sustainable results and is promoted by the World Health Organization. The long term corporate strategy is national expansion through a network of similar establishments that strengthen the foundations of the health system from the private sector.

### **KEYWORDS**

Business model, family health model, private health business, primary health care.

## Introducción

El Perú, calificado como país emergente, se encuentra hoy entre las economías de mayor crecimiento de la región; su estabilidad económica y crecimiento sostenido constituyen un fuerte atractivo para los inversionistas, más aún, cuando existe un amplio espacio para seguir creciendo e invertir prácticamente en todos los sectores, incluido el sector servicios (Benavides, 2011). En este contexto, el mercado privado de la salud se presenta como uno de los más atractivos: marco político y legal favorable, escasa presencia de la empresa privada en el sector (orientada fundamentalmente a la población de mayores ingresos), amplia brecha en la oferta-demanda de servicios, inequidad en el acceso (Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2010).

Por otro lado, los inversionistas están descubriendo nuevos nichos de mercado, aquellos que, siendo de baja renta, pueden brindar importantes oportunidades de negocios, por su tamaño (grandes volúmenes) y porque están registrando mayores niveles de ingreso (Ipsos Apoyo Opinión y Mercado, 2007).

En un escenario como el que se describe, la Tesis Clínica de la Familia “MISALUD” (Bustamante, Rodríguez-Frías & Bernal, 2011), cuyo contenido se expone de manera sucinta en este artículo, propone un modelo de negocio dirigido a los sectores socioeconómicos menos favorecidos. El desarrollo de este modelo de negocio no solo demuestra ser rentable y con proyección de multiplicarse a nivel nacional; es también posible demostrar que, una vez implementado, contribuirá a mejorar los niveles de salud poblacional, requisito fundamental para lograr el desarrollo de una sociedad.

## Modelo de Negocio

La Clínica de la Familia se proyecta como una empresa privada de servicios de salud que, sin dejar de ser rentable, busca también contribuir al desarrollo de la comunidad donde está inserta, impactando positivamente en la salud de la población al proveer servicios basados en un Modelo de Salud Familiar (propuesta de valor), cuyo principal recurso es el médico de familia y cuya principal herramienta es la historia clínica familiar normada por Resolución Ministerial N° 776/2004MINSA (Bustamante et al, 2011).

Bajo este enfoque innovador, la empresa brinda servicios de salud ambulatorios que responden a las necesidades identificadas en el estudio de mercado realizado y al perfil de la demanda que periódicamente publica la Dirección de Salud II Lima Sur del Ministerio de Salud (2010). Estos servicios garantizan excelencia en la calidad, resuelven los problemas de salud más frecuentes, inciden en la prevención de las enfermedades de mayor prevalencia y promocionan la salud en el contexto familiar y comunitario. Para ello, cuentan con los siguientes atributos:

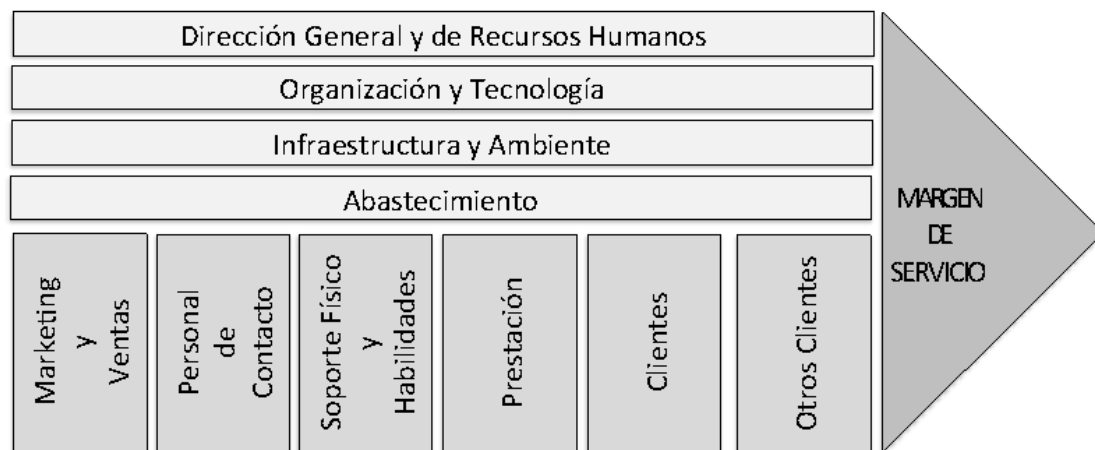
- Atención oportuna y efectiva del problema que motiva la consulta.
- Diagnóstico de la situación de salud familiar que deriva en un Plan de Salud Familiar.
- Canales de comunicación que alertan con oportunidad las evaluaciones periódicas que cada miembro de la familia debe realizarse como parte de los programas de prevención de enfermedades.
- Acceso a educación en salud gratuita como parte de los programas de promoción de la salud.
- Relación con los clientes de manera personal, directa, y caracterizada por:
  - “Trato cordial, cálido pero sobretodo humano” (Bustamante et al, 2011, p. 5).
  - Atención al cliente independientemente de su edad, sexo, y si se encuentra en situación de enfermedad; así como también en condiciones de salud

### ¿Cómo se brindan estos servicios?

A través del desarrollo de todas las actividades que se identifican en la cadena de valor representada en la Figura 1 y que se detallan en la tesis de Bustamante, et. al (2011). Cabe

señalar que esta representación es una adaptación para su aplicación en empresas de servicios (Alonso, 2008; Bustamante, et al. pp. 10-19)

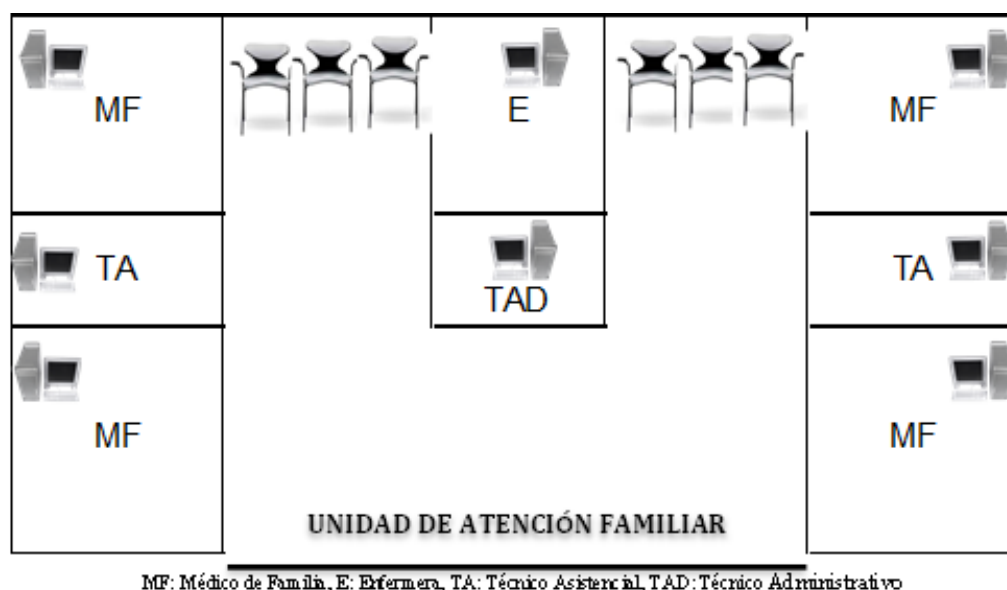
#### Ilustración 1 Cadena de Valor aplicada a empresas de servicios



Fuente: Alonso, 2008

Con respecto a la infraestructura y ambiente, hay que destacar un elemento clave de soporte a la propuesta de valor, la unidad de atención familiar, representada en la Figura 2. Dicha unidad está configurada de tal manera que permite un flujo funcional y eficiente de todos los procesos y personas involucradas en la atención directa de la consulta externa.

#### Ilustración 2 Unidad de Atención Familiar



MF: Médico de Familia, E: Enfermera, TA: Técnico Asistencial, TAD: Técnico Administrativo

Fuente: Elaboración propia

Bustamante, S. (2013). Clínica de la Familia: Un Innovador Modelo de Negocio Dirigido a las Familias de Menores Recursos. *Sinergia e Innovación*, 1(1), 69-95.

En materia de tecnología, el objetivo es automatizar todos los procesos tanto administrativos como clínicos, y específicamente la historia clínica familiar. Para ello, la empresa suscribe un convenio con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organización que brinda, de manera gratuita en términos económicos, la posibilidad de utilizar la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS) y su herramienta digital (en plataforma de internet) PERC, denominada así por las siglas producción, eficiencia, recursos y costos (Bustamante et al, 2011).

## Canales de comunicación y venta

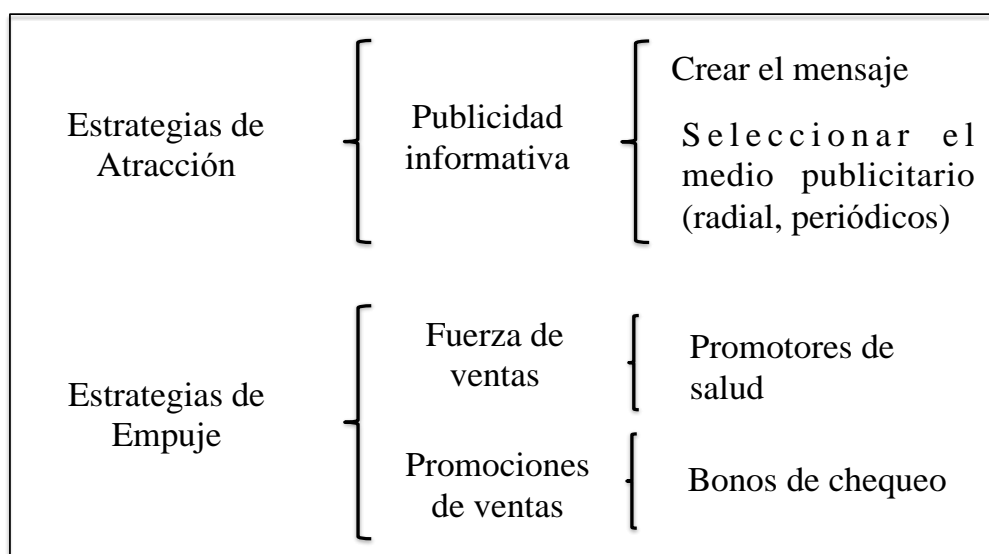
### ¿Cómo accede el consumidor final a los servicios?

En la venta de servicios de salud, lo usual es que las personas se desplacen para adquirirlos. La Clínica de la Familia facilita el acceso definiendo su locación en un punto muy cercano a las familias usuarias y en un ámbito geográfico donde los medios de transporte y vías de circulación están plenamente operativos (Sector 2 del distrito de Villa El Salvador). Adicionalmente, pone a disposición de los clientes otros canales de comunicación para solicitar atención en los diferentes servicios: la vía telefónica, el correo electrónico y la plataforma de internet en la página web de la Clínica (Bustamante et al, 2011).

### ¿Cómo llegar a los clientes?

El plan de marketing como parte de su estrategia de ventas, incluye estrategias de atracción y estrategias de empuje (Figura 3).

**Ilustración 3 Estrategias de atracción y estrategias de empuje**



*Fuente: Elaboración propia*

Estas se ejecutan en el plan de actividades de lanzamiento:

**Tabla 1 Plan de actividades de lanzamiento**

Periódico	Avisos por semana	Número de semanas	Costo/aviso (\$)	Inversión (\$)
<b>El Trome</b>	2	4	300	2400
<b>El Chino</b>	2	4	300	2400
<b>Ajá</b>	2	4	300	2400

Emisora	Avisos por semana	Segundos por aviso	Costo/segundo (\$)	Inversión (\$)
<b>Radio Stereo Villa</b>	28	30	2	1680
<b>La Inolvidable</b>	25	30	2	1500

Fuente: Bustamante, et al. (2011).

Finalmente, encontramos el plan de actividades de sostenimiento:

- Publicidad en medios de comunicación masiva, una vez por mes en al menos dos medios.
- Publicidad (afiches) en moto taxis.
- Distribución de material informativo: dípticos
- Publicidad vía internet: Portal Web
- Capacitación de promotores de salud
- Identificación de organizaciones y actores clave
- Charlas informativas dirigidas a la comunidad
- Campañas de salud
- Creación del club "MISALUD" (Bustamante et. al, 2001)

### ¿Cómo se generan los ingresos?

Mediante el pago directo que realizan los clientes por cada servicio brindado. En este sentido, se investigó la disponibilidad de pago a través de estudios de focus group. Asimismo, la empresa

tiene una política de precios accesibles a la población objetivo y es consciente de que el cliente no compra el servicio sino la satisfacción de su necesidad (Bustamante et al, 2011).

## Estudio de Mercado

Se realizó utilizando fuentes de investigación primarias, como el estudio de investigación cualitativo tipo focus group; así como también fuentes secundarias.

### Resultados de la investigación basada en fuentes secundarias

#### Análisis de la demanda

El comportamiento de la demanda de servicios de salud suele exhibir cierto patrón: 56.7% de los peruanos reportó haber tenido alguna enfermedad o accidente, de éstos, solo 32.1% acudió a algún establecimiento de salud (Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2010, p. 110). Otras fuentes reportan cifras muy similares (Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, Intendencia de Estudios y Gestión de la Información, 2011).

Como puede deducirse, aproximadamente 60% de la población que se percibe enferma no demanda atención médica. Al respecto, la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2008 evidencia las siguientes razones: falta de dinero (28%), automedicación (27.7%), falta de tiempo (20.1%), falta de confianza en el médico (6.9%), demora en la atención (6.5%) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2008; Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2010, p. 112).

Refiriéndonos a la demanda, el financiamiento de servicios de salud en el Perú proviene fundamentalmente del “gasto de bolsillo” de los hogares (34.2%). Por su parte, la participación proveniente del gobierno no es mayor al 30.2%. (Ministerio de Salud, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto & Consorcio de Investigación Económica y Social, 2008).

Otro dato importante es que el gasto per cápita en salud se viene incrementando anualmente de manera sostenida y que en el caso de Lima Metropolitana prácticamente duplica el promedio nacional (ver Tabla 2).



Tabla 2 Gasto promedio per cápita mensual en salud (en nuevos soles). Perú, 2004-2008

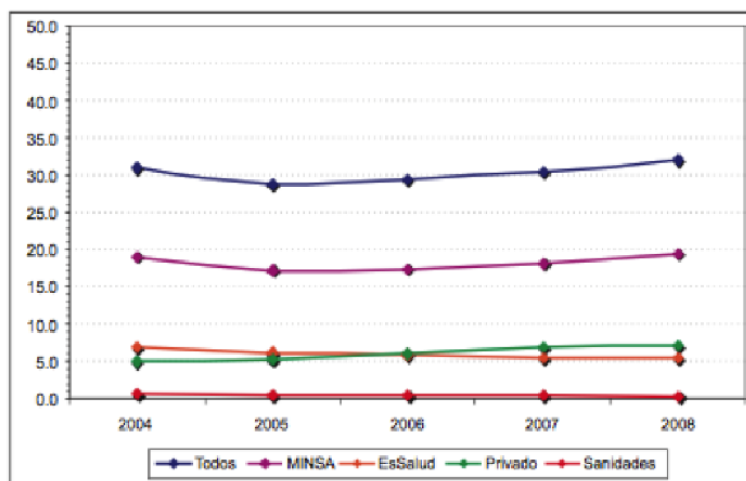
AMBITO	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Nacional</b>					
Cuidado en Salud (soles)	<b>23.7</b>	<b>22</b>	<b>26.2</b>	<b>30.2</b>	<b>34.2</b>
Pago de bolsillo	12	12.2	14.9	17	18.9
<b>Lima Metropolitana</b>					
Cuidado en Salud (soles)	<b>39.1</b>	<b>31.5</b>	<b>40.3</b>	<b>46.1</b>	<b>50.1</b>
Pago de bolsillo	19.1	17.9	24	26.2	28.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2004; 2005; 2006; 2007; 2008.

Con relación al uso de los establecimientos de salud, la tendencia graficada en la Figura 6 demuestra que la demanda de los establecimientos privados subió de 5% a 7.3% en el periodo estudiado, en tanto que la demanda en el sector público se mantiene estable o descende.

Desde el punto de vista demográfico, la población de los distritos de Villa El Salvador (VES), San Juan de Miraflores (SJM) y Villa María del Triunfo (VMT) se estima en 1'242,601 para el primer año de operatividad del proyecto considerando una tasa de crecimiento poblacional anual de 1.5%. El 81% de ellos, es decir, 1'006,506 pertenecen a los niveles socioeconómicos (NSE) C y D (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2009), y la población que carece de seguros de salud en este sector asciende a 81.5% (De Andrea, 2009).

Ilustración 4 Demanda de atención a establecimientos de salud según tipo de proveedor. Perú, 2004-2008



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2004; 2005; 2006; 2007; 2008.

Además de la clásica segmentación económica, actualmente es necesario clasificar a los clientes por su estilo de vida. En este aspecto, el modelo de negocio que se presenta está dirigido a los “progresistas” que en el NSE C y D concentran aproximadamente al 41% de la población (Arellano Marketing, 2011).

Al analizar el nivel de ingreso de los hogares, la Tabla 3 provee información referida a hogares de la zona de Lima Sur: el promedio familiar mensual es 1,113 nuevos soles y el promedio per cápita mensual es 289 nuevos soles (Ipsos Apoyo Opinión y Mercado, 2007). Igualmente importante es observar que 72% de las familias perciben un ingreso promedio mensual que fluctúa entre 600 y 2,000 nuevos soles y que 49% de la población declara percibir un ingreso per cápita mensual que fluctúa entre 190 y 570 nuevos soles.

**Tabla 3 Ingreso Familiar e Ingreso per cápita mensual. Lima (Perú), 2007**

Ingreso familiar mensual bruto (%)							
Respuestas	Total	Zona de Lima					
		Norte	Este	Centro	Moderna	Sur	Callao
Hasta 600 soles	10	13	16	9	0	14	8
De 601 a 1,000 soles	29	39	33	25	7	34	35
De 1,001 a 2,000 soles	36	37	40	44	28	38	35
De 2,001 a 4,000 soles	12	6	7	12	31	6	11
De 4,001 a 8,000 soles	4	1	1	0	18	0	1
Más de 8,000 soles	3	0	0	0	10	0	0
No precisa	6	4	3	10	6	8	10
Promedio (S/.)	1,903	1,136	1,155	1,309	4,894	1,113	1,255

Ingreso per cápita mensual (%)							
Respuestas	Total	Zona de Lima					
		Norte	Este	Centro	Moderna	Sur	Callao
Hasta 190 soles	20	27	26	11	2	33	22
De 191 a 570 soles	53	58	59	65	40	49	55
De 571 a 950 soles	11	7	8	8	22	8	9
De 951 a 1,900 soles	6	3	3	4	16	3	3
De 1,901 a 3,800 soles	2	0	0	1	7	0	0
Más de 3,800 soles	2	0	0	0	7	0	0
No precisa	7	4	3	10	7	8	10
Promedio (S/.)	508	334	326	376	1,041	289	326

Fuente: Ipsos Apoyo Opinión y Mercado, 2007.

### Análisis de la oferta

El Ministerio de Salud (MINSA) concentra el mayor número de establecimientos que proveen servicios de salud (85%), el sector privado solo concentra el 7% y tales establecimientos se ubican preferentemente en las grandes capitales, sobre todo Lima.

Según el MINSA, en su publicación periódica *Análisis de la Situación de Salud del Perú*, (Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2010), el año 2007 existían 2.91 establecimientos de salud por cada 10,000 habitantes a nivel nacional; y a nivel regional, Callao (0.99) y Lima (1.19) contaban con la menor disponibilidad.

En el ámbito de influencia del proyecto se han identificado dos establecimientos de EsSalud, en VES (hospital) y en VMT (policlínico), sesenta y tres establecimientos del MINSA distribuidos en los distritos de VES, VMT y SJM, que en su gran mayoría (75%) corresponden a postas médicas. Según los registros oficiales, se identificaron seis establecimientos privados ubicados en VES y VMT. Dos de ellos solo ofertan servicios especializados, en odontología y oftalmología respectivamente. Asimismo, hay que considerar los Hospitales de Solidaridad ubicados en VES y SJM.

A la fecha, la situación de la provisión de servicios no debe haber cambiado mucho a nivel nacional; sin embargo, información proveniente de diarios y de publicaciones especializadas demuestra que el mercado privado de la salud se encuentra en plena expansión: la producción de servicios de salud del sector privado aumentó 4.8% el año 2010. En el último quinquenio, la tasa de crecimiento ha sido mayor al 4% debido a las crecientes inversiones del sector. Dos de las veinte primeras empresas de salud lograron superar la barrera de los U.S. \$100 millones de ingresos (Perú Top Publications, 2011). La Clínica San Pablo invertirá U.S. \$25 millones en nuevas clínicas ("San Pablo invertirá", 2011), y la Clínica Limatambo reafirma expansión ("Clínica Limatambo reafirma", 2011).

### Resultados de la investigación basada en fuentes primarias

El estudio de focus group se aplicó a dos grupos de mujeres de veinte a treinta y cinco años de edad, residentes de la zona y pertenecientes a los NSE C y D. Un grupo estaba constituido por amas de casa y el otro por mujeres trabajadoras que además eran madres de familia.

Para el reclutamiento se utilizó la técnica no probabilística denominada "por conveniencia" y las temáticas que se abordaron fueron: demanda, acceso, disposición a pagar, orientaciones para un nuevo producto, percepción sobre el médico de familia y la medicina complementaria

### Algunos resultados

En todos los casos algún miembro de la familia se percibió enfermo dentro de los quince días previos a la entrevista. En ningún caso reportaron intervención quirúrgica u hospitalización de ningún miembro de la familia durante el último año. Prefieren pagar a un "buen médico" pero "que las cure". Todas las entrevistadas coincidieron en calificar como "mala" la atención en las postas médicas del MINSA y en los establecimientos de EsSalud. En función a lo anterior, aun cuando señalan su preferencia por acudir a centros de salud privados, no lo hacen por falta recursos económicos. No tienen barreras geográficas para acceder a un centro de salud pero sí experimentan barreras administrativas cada vez que acuden a un establecimiento público (no hay

citas en el día, falta de información, etc.). Las amas de casa manifestaron una disponibilidad de pago entre 10 y 30 nuevos soles por una consulta privada, en tanto que el grupo de mujeres trabajadoras estaban dispuestas a pagar entre 15 y 40 nuevos soles por consulta. El total de entrevistadas coincidió en resaltar la relación directa entre pago y calidad de servicio. Si el servicio lo perciben como bueno, están dispuestas a pagar el precio de la consulta. Los servicios que más necesitan son los de medicina general, pediatría, ginecología, odontología y psicología. La gran mayoría considera que el médico de familia podría semejarse al llamado médico de cabecera o al médico que va al domicilio de sus pacientes cuando lo necesitan. Así mismo, consideran que sería ideal contar con este tipo de servicio siempre y cuando no sea caro.

## Análisis del Entorno

### Entorno general

#### Entorno demográfico

La tendencia sostenida del crecimiento de la población (tasa de crecimiento poblacional anual de 1.5%) y el proceso de envejecimiento de la misma constituyen un entorno favorable para los propósitos de la empresa. En ambos casos la demanda de servicios se incrementa (Bustamante et al, 2011).

#### Entorno económico

Los indicadores macroeconómicos demuestran la bonanza económica que experimenta el país desde hace una década aproximadamente, y las proyecciones publicadas por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (Tabla 4) se mantienen en esa misma tendencia (2010, p. 41). Aunque la distribución de la riqueza sigue siendo inequitativa, hay que reconocer que los niveles de pobreza se vienen reduciendo. El último año la pobreza disminuyó en 3.0 puntos porcentuales al pasar de 30.8% en el año 2010 a 27.8% en el 2011 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2012). Por lo tanto, el escenario es favorable para las inversiones (Bustamante et al, 2011).

**Tabla 4 Proyección del Producto Bruto Interno (PBI). Perú, 2010-2013**

Año	2010	2011	2012	2013
<b>Producción</b>				
<b>PBI (miles de millones de nuevos soles)</b>	420.2	450.2	484.6	523.9

*Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, 2010, p. 41.*

### Entorno sociocultural

El Perú está en la senda de crecimiento de largo plazo y prosperidad social sostenible (Benavides, 2011). Esta afirmación supone que una situación tan crítica como la del sector educación mejorará en los próximos años, condición fundamental que debe contribuir a mejorar los niveles de salud poblacional por el estrecho vínculo que existe entre una y otra condición (Organization for Economic Cooperation and Development, 2009). Por otro lado, el sistema de salud peruano se encuentra en proceso de reorganización, buscando mejorar la provisión de servicios y reducir las inequidades en el acceso (Bustamante et al, 2011).

### Entorno político

Es de esperar que en un escenario de democracia, economía de libre mercado, estabilidad jurídica y políticas de estado inclusivas, se continúe promoviendo la oferta pública, pública-privada y privada de servicios de salud (Bustamante et al, 2011).

### Entorno legal

La normativa vigente se suma al marco político favoreciendo la inversión privada en salud. Algunas leyes que hay que destacar: Acuerdo Nacional - Acta de suscripción del AN 22 de julio de 2002, Ley N° 27813-Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, Ley N° 29344-Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Decreto Legislativo N° 1012 que aprueba la Ley Marco de Asociaciones Público Privadas (Bustamante et al, 2011).

### Entorno específico

El análisis de las cinco fuerzas que rigen la competitividad (Porter, 1980) y cuyos resultados se presentan en la Tabla 5, demuestra ser favorable para la mayoría de las variables analizadas, tal como se describe en la tesis correspondiente (Bustamante, et al. 2001, pp. 50-52). El objetivo de este análisis es determinar las consecuencias de rentabilidad a largo plazo (Bustamante et al, 2011).

**Tabla 5 Análisis de las Fuerzas de Porter**

Fuerzas de Porter	-2	-1	0	1	2
Rivalidad entre los competidores					X
Amenaza de nuevos competidores	X				
Poder de negociación de los proveedores				X	

<b>Poder de negociación de los clientes</b>	X
<b>Amenaza de ingreso de productos sustitutivos</b>	X

*Fuente: Bustamante, et al., 2011.*

## Plan de Operaciones

El plan de operaciones se fundamenta en determinar las estrategias operativas (diferenciación y segmentación) que den como resultado una ventaja competitiva sustentable para la empresa y establecer los procesos necesarios para la entrega de los servicios (Bustamante et al, 2011).

### Estrategia de diferenciación

En un entorno altamente competitivo, como es el que rodea a las empresas privadas de salud, optar por la oferta de servicios a precios más bajos, como estrategia competitiva, suele ser muy frecuente pero a la vez más riesgosa, en cuanto a sostenibilidad se refiere.

En el presente caso, el conocimiento de las necesidades y comportamiento de los consumidores por parte de los promotores de la empresa, fortalecido por el estudio de mercado correspondiente, ha permitido desarrollar un producto que cumple con los atributos deseados por los consumidores y, debido a sus características, la competencia no puede replicar con facilidad (Bustamante et al, 2011).

### Estrategia de segmentación

Es muy ventajoso enfocarse en nichos de mercado que se distinguen, sobre todo, por su gran volumen. El destino de este modelo de negocio es el segmento C y D de la población, que en el caso de Lima Metropolitana en general, y de la zona Lima Sur en particular, concentra más del 60% del total de hogares (Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercado, 2010). A esta situación ventajosa se suma el incremento en los niveles de ingresos de dichos hogares como ya se señaló en anteriores acápites y el buen potencial de crecimiento que ofrece precisamente por las características descritas (Bustamante et al, 2011).

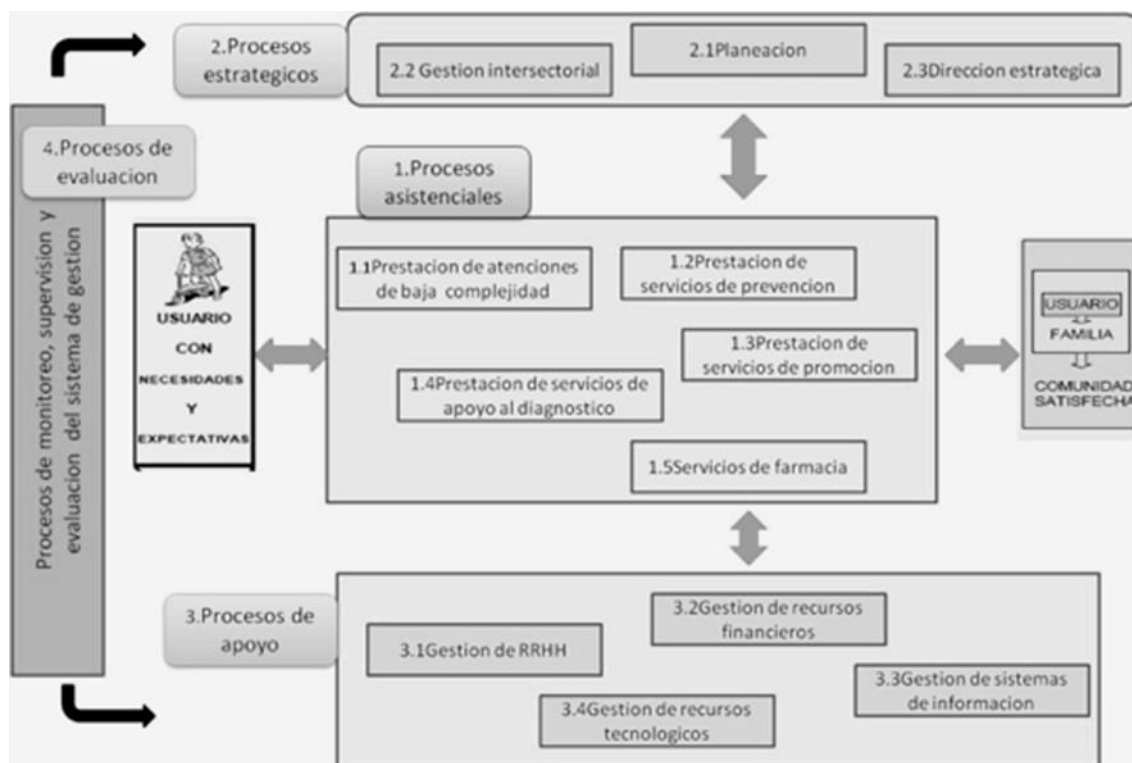
### Procesos

Se establecen cuatro procesos generales: procesos asistenciales, procesos estratégicos, procesos de apoyo y procesos de evaluación, presentados en la Figura 5 y descritos en detalle en la tesis de referencia (Bustamante, et al. 2011, pp. 59-73). Cada proceso deriva a su vez en los

respectivos subprocesos y secuencia de actividades, todos los cuales están destinados a generar valor añadido para el cliente.

En el desarrollo del presente proyecto, la actividad clave es la consulta médica y los recursos clave son el humano, la infraestructura y el soporte tecnológico (Bustamante et al, 2011).

#### Ilustración 5 Mapa de Procesos Generales



Fuente: Bustamante, et al., 2011.

## Plan Financiero

El análisis económico-financiero demuestra la viabilidad y rentabilidad del modelo de negocio al realizarse estimaciones del proyecto formuladas para un horizonte de 5 años.

Se presentan algunos de los resultados más relevantes del citado análisis, el mismo que puede ser revisado en su totalidad en la tesis correspondiente (Bustamante, et al. 2011, pp. 89-108).

### Proyección de la demanda

Su formulación (Tabla 6) permite realizar los cálculos financieros. Para efectuarla es necesario utilizar ciertas variables:

- Mercado potencial: constituido por la población no asegurada y “progresista” perteneciente a los niveles NSE C y D de los distritos de VES, VMT y SJM.
- Meta de mercado el primer año de operatividad: 30% del mercado potencial.
- Aplicación de los siguientes ratios:
  - 60% de la población se percibe enferma
  - 40% de la población que se percibe enferma demanda servicios de salud
  - el número de veces que el consultante utiliza los servicios de salud es 3/año

#### Ilustración 6 Proyección de la demanda a 5 años

Demanda (Usuarios)		Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Tasa de crecimiento poblacional	100.0 %		1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%
Población de segmentos C y D de VES, VMT, SJM	81.5 %	991,632	1,006,506	1,021,604	1,036,928	1,052,482	1,068,269
Población sin seguro	41.0 %	808,180	820,303	832,607	845,096	857,773	870,639
Población perteneciente al grupo "progresista"		331,354	336,324	341,369	346,490	351,687	356,962
Mercado objetivo		30%	30%	34%	39%	44%	50%
Población objetivo (cifras absolutas)		99,406	100,897	116,065	135,131	154,742	178,481
Población que se percibe enferma	60.0 %	59,644	60,538	69,639	81,079	92,845	107,089
Demandantes efectivos (atendidos)	40.0 %	23,857	24,215	27,856	32,431	37,138	42,835
Atenciones (concentración = 3)	3	71,572	72,646	83,567	97,294	111,414	128,506

Fuente: Bustamante, et al., 2011.

### Inversión inicial del proyecto

En la Tabla 7 puede observarse que la mayor proporción de la inversión es en infraestructura, explicable porque se construye un local propio; y en capital de trabajo, indispensable para gestionar la liquidez de corto plazo (Bustamante et al, 2011).



**Tabla 6. Estructura de la Inversión Inicial del proyecto****Tabla 7 Proyección de la demanda a 5 años**

Detalle de la Inversión	Valor de venta	IGV	Monto Total
Intangibles	S/. 134,615.00	S/. 23,639.00	S/. 158,254.00
Infraestructura	S/. 251,906.00	S/. 33,333.00	S/. 285,239.00
Activo Fijo	S/. 141,923.00	S/. 25,546.00	S/. 167,469.00
Capital de Trabajo	S/. 294,050.00		S/. 294,050.00
<b>Inversión Total</b>	<b>S/. 822,494.00</b>	<b>S/. 82,519.00</b>	<b>S/. 905,013.00</b>

Fuente: Bustamante, et al., 2011.

### Estructura del financiamiento

Está compuesta por el aporte de los accionistas que equivale al 83.43% (S/. 755,013) del total de la inversión y por un préstamo bancario financiado a cuatro años y equivalente al 16.57% (150,000) de ese total (Bustamante et al, 2011).

### Flujo de caja económico anual

Demuestra que el proyecto deja efectivo luego de que se cubren los costos, se pagan los impuestos y se efectúan las inversiones necesarias; situación que permite el funcionamiento de la empresa (Tabla 8) (Bustamante et al, 2011).

Tabla 8 Flujo de caja económico anual proyectado a 5 años

Partidas	Año 0	Año1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
<b>Inversiones</b>	S/. 905,013.00					
<b>Ingresos</b>						
<b>Ingreso por ventas de servicios</b>		S/. 1,450,531	S/. 1,701,544	S/. 2,013,664	S/. 2,287,685	S/. 2,618,933
<b>Total Ingresos</b>		S/. 1,450,531	S/. 1,701,544	S/. 2,013,664	S/. 2,287,685	S/. 2,618,933
<b>Egresos</b>						
<b>Remuneraciones</b>		S/. 1,177,498	S/. 1,269,953	S/. 1,389,161	S/. 1,505,699	S/. 1,650,379
<b>Gastos de administración</b>		S/. 52,629	S/. 57,649	S/. 63,892	S/. 69,372	S/. 75,997
<b>Depreciación y amortización</b>		S/. 59,789	S/. 59,789	S/. 59,789	S/. 59,789	S/. 37,926
<b>Total Egresos</b>		S/. 1,289,916	S/. 138,391	S/. 1,509,842	S/. 1,634,860	S/. 1,764,303
<b>UTILIDAD BRUTA</b>		S/. 160,614	S/. 314,153	S/. 503,823	S/. 652,825	S/. 854,631
<b>Imp. 30%</b>		S/. 48,184	S/. 94,246	S/. 151,147	S/. 195,847	S/. 256,398
<b>UTILIDAD NETA</b>		S/. 112,430	S/. 219,907	S/. 352,676	S/. 456,978	S/. 598,242
<b>Más depreciación</b>		S/. 59,789	S/. 59,789	S/. 59,789	S/. 59,789	S/. 37,926
<b>TOTAL FLUJO DE CAJA ECONOMICA</b>	S/. 905,013.00	S/. 172,219	S/. 279,695	S/. 412,465	S/. 516,766	S/. 636,168

Fuente: Bustamante, et al., 2011

## Flujo de caja financiero anual

Demuestra que el proyecto deja efectivo para los socios capitalistas luego de cubrir los costos, pagar los impuestos, efectuar las inversiones necesarias y pagar las deudas contraídas, en este caso con la institución bancaria (Tabla 9) (Bustamante et al, 2011).

**Tabla 9 Flujo de caja financiero anual proyectado a 5 años**

Partidas	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
<b>Total Flujo de caja económica</b>	S/. 905,013	S/. 172,219	S/. 279,695	S/. 412,465	S/. 516,766	S/. 636,168
<b>Egresos</b>						
<b>Principal</b>	S/. 150,000					
<b>Intereses</b>		S/. 26,240	S/. 20,494	S/. 13,553	S/. 5,169	S/. 0
<b>Amortización de deuda</b>		S/. 27,624	S/. 33,370	S/. 40,311	S/. 48,695	S/. 0
<b>Beneficio tributario</b>		S/. 7,872	S/. 6,148	S/. 4,066	S/. 1,551	S/. 0
<b>FLUJO ECONOMICO FINANCIERO</b>	S/. 755,013	S/. 126,277	S/. 231,980	S/. 362,667	S/. 464,453	S/. 636,168

Fuente: Bustamante, et al., 2011.

## Flujo de caja mensual

Calculado para el primer año de operatividad, demuestra que desde el primer mes de operatividad, el proyecto genera liquidez para cubrir los gastos de operación y afrontar demanda no prevista (Bustamante et al, 2011).

Tabla 10 Flujo de caja mensual del primer año de operatividad

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
<b>Ingresos</b>												
<b>Ingresos por ventas de servicios</b>	88,971	94,353	100,052	106,409	112,803	118,995	124,463	129,533	134,386	140,875	146,638	153,053
<b>Total de ingresos</b>	88,971	94,353	100,052	106,409	112,803	118,995	124,463	129,533	134,386	140,875	146,638	153,053
<b>Egresos</b>												
<b>Remuneraciones</b>	72,225	76,593	81,219	86,380	91,570	96,597	101,035	105,151	109,091	114,358	119,036	124,244
<b>Gastos de administracion</b>	3,225	3,423	3,630	3,861	4,093	4,317	4,516	4,700	4,876	511	5,320	5,554
<b>Depreciación y amortización</b>	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982
<b>Total de egresos</b>	80,432	84,998	89,831	95,223	100,645	105,896	110,533	114,833	118,949	124,451	129,338	134,780
<b>UTILIDAD BRUTA</b>	8,539	9,355	10,221	11,186	12,158	13,099	13,930	14,700	15,437	16,424	17,300	18,273
<b>Imp. 30%</b>	2,562	2,806	3,066	3,356	3,647	3,930	4,179	4,410	4,631	4,927	5,190	5,482
<b>UTILIDAD NETA</b>	5,977	6,549	7,155	7,830	8,511	9,169	9,751	10,290	10,806	11,497	12,110	12,791
<b>Más depreciación</b>	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982	4,982
<b>TOTAL FLUJO DE CAJA ECONOMICO</b>	10,959	11,531	12,137	12,812	13,493	14,151	14,733	15,272	15,788	16,479	17,092	17,773

Bustamante, S. (2013). Clínica de la Familia: Un Innovador Modelo de Negocio Dirigido a las Familias de Menores Recursos. *Sinergia e Innovación*, 1(1), 70-95.

<b>Intereses</b>	2,381	2,347	2,313	2,279	2,244	2,208	2,172	2,135	2,098	2,060	2,021	1,982
<b>Amortización de deuda</b>	2,108	2,141	2,175	2,210	2,245	2,281	2,317	2,354	2,391	2,429	2,467	2,507
<b>Beneficio tributario</b>	714	704	694	684	673	662	662	641	629	618	606	595
<b>FLUJO ECONOMICO FINANCIERO</b>	7,184	7,746	8,342	9,007	9,677	10,324	10,896	11,424	11,928	12,608	13,209	13,879

Fuente: Bustamante, et al., 2011

## Promedio ponderado del costo de capital (WACC)

Establece la tasa de rentabilidad (10.78%) que se aplicará para descontar los flujos futuros. Si la rentabilidad sobre el capital invertido supera al WACC se estaría creando valor (Bustamante et al, 2011).

**Tabla 11 Promedio ponderado del costo de capital**

<b>CALCULO DEL WACC</b>	<b>%</b>
<b>Costo de Oportunidad</b>	10.00%
<b>Tea</b>	20.80%
<b>Porcentaje de endeudamiento</b>	0.17%
<b>Porcentaje de capila social</b>	0.83%
<b>Impuesto a la renta</b>	30.00%
<b>Wacc anual</b>	<b>10.78%</b>

Fuente: Bustamante, et al., 2011.

## Valor actual neto (VAN) y tasa interna de rentabilidad (TIR)

Son indicadores de rentabilidad y permiten dar respuesta sobre el valor que genera el proyecto. El análisis demuestra que el VAN es positivo superando en S/. 504,407 la inversión y la TIR supera ampliamente al WACC (28.84% vs 10.78%). Con estos resultados se concluye que el proyecto genera valor (Bustamante et al, 2011).

## Rentabilidad sobre el capital invertido

Mide el desempeño gerencial, la capacidad de generar rentabilidad con los recursos de largo plazo. En este caso; por cada nuevo sol invertido en activos, la empresa obtiene una rentabilidad de 11.36% el primer año, con una tendencia creciente el segundo año (Bustamante et al, 2011).

**Tabla 12 Rentabilidad sobre el capital invertido**

<b>Ratios de Rentabilidad</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>
<b>ROI</b>	0.1136	0.2067

Fuente: Bustamante, et al., 2011.

## Rentabilidad sobre el patrimonio

Refleja el rendimiento de la empresa respecto al patrimonio de los accionistas. Durante el primer año de operatividad, los inversionistas ganan 12.96% por cada sol que han colocado (Bustamante et al, 2011).

**Tabla 13 Rentabilidad sobre el patrimonio**

Ratios de Rentabilidad	Año 1	Año 2
ROE	0.1296	0.2256

*Fuente: Bustamante, et al., 2011.*

## Resumiendo

En el proyecto que se presenta, la inversión procedente del aporte de capital de los accionistas constituye el 84.3% del total requerido para su ejecución. La diferencia se obtiene utilizando un préstamo bancario financiado a cuatro años.

El análisis económico-financiero demuestra, a través de los indicadores de rentabilidad, que el proyecto genera valor para los inversionistas. El valor actual neto es positivo, la tasa interna de rentabilidad supera al promedio ponderado del costo de capital y los accionistas obtienen retorno de su inversión desde el primer año de operatividad de la empresa, retorno con tendencia ascendente que confirma el valor progresivo de la misma en el mercado (Bustamante et al, 2011).

## Conclusiones

La cuestionada fragmentación del sistema de salud peruano puede mirarse desde la perspectiva de la complementariedad frente a un Estado que no logra llegar al 100% de la población, y dentro de ella a los sectores menos favorecidos y más vulnerables. El subsector privado, siendo parte de este sistema puede perfectamente incrementar su participación en la oferta de servicios de salud contribuyendo a reducir la importante brecha oferta-demanda existente.

El escenario actual del país es una fuente de oportunidades para la creación de nuevas empresas privadas de salud y expansión de las existentes. El modelo económico de libre mercado, el crecimiento sostenido del producto bruto interno y el marco legal y político del sector favorecen la inversión privada en un mercado de la salud que hoy se presenta muy atractivo por las condiciones mencionadas y porque existe una importante demanda de servicios de salud insatisfecha.

Tradicionalmente, el mercado privado de salud se ha orientado a la oferta de prestaciones complejas y servicios que incluyen el componente hospitalario. Este tipo de oferta exige muchos costos, encarece los servicios. Esta es la razón por la que ha estado dirigida sobre todo a los hogares de mayores ingresos. Sin embargo, los mercados con bajos niveles de renta también pueden brindar oportunidades de negocio si se considera el tamaño del mercado (grandes volúmenes) y se desarrollan propuestas innovadoras que den solución a sus necesidades, como la que este modelo de negocio propone (Bustamante et al, 2011).



## Referencias

- Alonso, G. (2008). Marketing de Servicios: Reinterpretando la cadena de valor. *Palermo Business Review*, 2, 86. Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Arellano Marketing, (2011, 27 de Enero). La página del empresario que crece: Los Estilos de Vida. Block Arellano: ProgresAr N°2. Recuperado de <http://www.arellanomarketing.com/blog/2011/01/la-pagina-del-empresario-que-crece-progresar-nro-2-27-01-2011/>
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercado. (2010). *Niveles Socioeconómicos 2010 Lima Metropolitana*. Lima: Autor.
- Benavides, I. (2011). *La Economía Peruana Desarrollo Sostenido y Perspectivas al 2021*. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas.
- Bustamante, S., Rodríguez-Frías, U., & Bernal, C. (2011). *Clínica de la Familia "MiSalud"*. (Tesis inédita de maestría). Escuela de Postgrado de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, PE.
- Clínica Limatambo reafirma expansión. (2011, 20 Agosto). *El Comercio*, p. B9.
- De Andrea, R. (2009). *Actas de la Conferencia "Experiencia y Perspectivas de los Microseguros en el Perú"*. Lima: Asociación Peruana de Empresas de Seguros.
- Dirección de Salud II Lima Sur. Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística (2010). *Morbilidad, Boletín Estadístico N° 1*. Lima: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2004). *Encuesta Nacional de Hogares*. Lima: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2005). *Encuesta Nacional de Hogares*. Lima: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2006). *Encuesta Nacional de Hogares*. Lima: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2007). *Encuesta Nacional de Hogares*. Lima: Autor.
- Bustamante, S. (2013). Clínica de la Familia: Un Innovador Modelo de Negocio Dirigido a las Familias de Menores Recursos. *Sinergia e Innovación*, 1(1), 69-95.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2008). *Encuesta Nacional de Hogares*. Lima: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2009). *Planos estratificados de Lima Metropolitana a nivel de manzana: según ingreso per cápita del hogar, según concentración de establecimientos*. Lima: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2010). *Perú: Perfil de la pobreza por departamentos 2005-2009*. Lima: Autor.
- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. (2012). *La pobreza se redujo a 27.8% en el Perú*. [Nota de Prensa]. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/14351.pdf>.
- Ipsos Apoyo Opinión y Mercado. (2007). *Niveles Socioeconómicos de la Gran Lima. Marketing Data*. Lima: Autor.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2010). *Marco Macroeconómico Multianual Revisado 2011-2013*. Lima: Autor.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. (2004). *Resolución Ministerial N° 776-2004/MINSA: Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado*. Lima: Autor.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. (2010). *Análisis de la Situación de Salud del Perú*. Lima: Autor.
- Ministerio de Salud, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto & Consorcio de Investigación Económica y Social. (2008). *Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2005*. Lima: Autor.
- Perú Top Publications. (2011). *Perú: The Top 10,000 companies*. Lima: Autor.
- Organization for Economic Cooperation and Development, Program for International Student Assessment. (2009). *PISA 2009 Results: What Students Know and Can Do*. Paris: Autor.
- San Pablo invertirá US\$25 millones en nuevas clínicas. (2011, 11 Enero). *Diario Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/noticia/697160/san-pablo-invertira-us-25-millones-nuevas-clinicas>.

---

Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, Intendencia de Estudios y Gestión de la Información. (2011). *Boletín Estadístico: Cuarto Trimestre del 2010*. Lima: Autor.